

# اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

ساناز عینی<sup>۱</sup>، محمد نریمانی<sup>۲\*</sup>، اکبر عطاذخت<sup>۳</sup>، سجاد بشرپور<sup>۴</sup>، فریبا صادقی موحد<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۹/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۱۷

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** قدرت ایگو و روابط موضوعی از مفاهیم کلیدی در رویکرد روان‌تحلیلی هستند که در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی حائز اهمیت می‌باشند. از این رو پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

**مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع تجربی بوده و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند (N=70). نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور II، پرسشنامه چندمحوری میلون III، پرسشنامه روان‌شناختی قدرت ایگو و پرسشنامه روابط موضوعی بل بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها توسط آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری و در نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در هر دو متغیر قدرت ایگو و روابط موضوعی تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-تحلیلی راهبردی مناسب برای بهبود قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه‌ی مداخله‌ی مؤثر استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال شخصیت مرزی، درمان شناختی-تحلیلی، قدرت ایگو، روابط موضوعی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و نهم، شماره اول، ص ۱۱-۱، فروردین ۱۳۹۷

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی تلفن: ۰۹۱۴۴۵۵۱۲۸۴

Email: m\_narimani1341@yahoo.com

## مقدمه

می‌شود (۱). خودکشی و تلاش برای آسیب‌رساندن به خود، شاخص اصلی این اختلال است (۲). کرول و همکاران (۳) علائم BPD را در پنج دسته اصلی بی‌نظمی خوسه‌بندی کرده‌اند: هیجانات، روابط بین فردی، رفتاری، احساس از خود و شناخت. باوجود آنکه این اختلال بسیار مخرب است، مطالعات انجام‌شده در مورد این اختلال بالینی ناتوان‌کننده، بسیار محدود است (۴). شیوع BPD تقریباً ۱/۶ درصد

اختلال شخصیت مرزی<sup>۶</sup>، الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط میان‌فردی، خودانگاره و عواطف به همراه تکانش‌گری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. این اختلال مرز بین سایکوز و نوروز نامیده شده است. صفات متمایزکننده این اختلال، آشفتگی در خودپنداره و احساس‌های مزمن پوچی و بیهودگی را شامل

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup> استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۵</sup> استادیار اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

<sup>۶</sup> borderline personality disorder (BPD)

در جمعیت کلی است. اگرچه ممکن است تا ۵/۹ درصد هم بالا رود. در مراکز مراقبت اولیه ۶ درصد، در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند ۱۰ درصد و در بیماران روانی بستری ۲۰ درصد است (۱).

رویکردهای متفاوت روان‌شناختی به بررسی علل BPD از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر BPD پرداخته‌اند ولی عمیق‌ترین آن‌ها دیدگاه روان‌تحلیلی بوده است. این مکتب از کارهای بالینی و تجربی فروید نشئت گرفته است و معتقد است که غرایز و سائق‌ها نیروهای سوق‌دهنده شخصیت هستند. بر اساس این رویکرد، شخصیت در طی مراحل روانی-جنسی ساخته می‌شود و متشکل از ۳ پایگاه نهاد، من و فرامن می‌باشد. از آنجایی که ایگو وظیفه مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. قدرت ایگو به معنای ظرفیت فرد برای درک واقع‌بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ دادن به آن‌ها به شکل مؤثر می‌باشد. قدرت ایگو کمک می‌کند تا به یک تعادل عاطفی رسیده و با استرس درونی و بیرونی سازگار شوید (۵). ناتوانی در پروراندن فرآیندهای من همانند تثبیت‌های اولیه جنسی یا پرخاشگری می‌تواند منجر به شکل‌گیری اختلالات شخصیت شود و نیز با توجه به اینکه افراد مبتلا به BPD از مکانیزم‌های دفاعی به‌طور انعطاف‌ناپذیری استفاده می‌کنند، پایین بودن قدرت ایگو را می‌توان به‌عنوان یک عامل روان‌شناختی انتظار داشت (۶). نیرومندی پایین من با اختلالات شخصیت از قبیل اختلال شخصیت ضداجتماعی، وابسته، اجتنابی و مرزی ارتباط دارد (۷). برودی و همکاران (۸) بیان کرده‌اند که قدرت ایگو می‌تواند قدرت انعطاف‌پذیری در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی را به ارمغان آورد، اگر یک مکانیسم دفاعی به‌طور غیرانعطاف‌پذیر به کار گرفته شود، موجب شکل‌گیری BPD می‌گردد. بشرپور و عینی (۹) نیز در پژوهشی نشان داده‌اند که بین قدرت ایگو و اختلالات شخصیت خوشه B رابطه منفی معناداری وجود دارد.

دیدگاه دیگری که برگرفته از رویکرد روان‌تحلیلی است و می‌توان در سبب‌شناسی BPD موردتوجه قرار داد، مکتب روابط موضوعی می‌باشد. فروید نخستین بار در زمینه روابط اولیه مادر-فرزند از اصطلاح موضوع استفاده کرد. این واژه در ترکیب با روابط به روابط بین شخصی اشاره دارد و حاکی از بقایای درونی روابط گذشته است که تعاملات کنونی فرد با دیگران را شکل می‌دهد (۱۰). کرنبرگ مطرح کرد که تجارب نامطلوب کودکی باعث می‌شود که کودکان بازنمایی‌های موضوعی مختلی را درونی کنند که در یکپارچه کردن جنبه‌های مهرآمیز و نامهرآمیز کسانی که به آن‌ها

نزدیک‌اند، واقع نمی‌شوند. در نتیجه این روابط موضوعی مختل، من ناایمن پدید می‌آید که ویژگی اصلی BPD است (۱۱). کاسیدی معتقد است که تجارب دل‌بستگی، شخصیت کودک را شکل می‌دهد و بسیاری از اختلالات شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت‌های مراقب یا عدم ثبات در روابط کودک با فردی است که دل‌بستگی با او صورت می‌گیرد (۱۲). کوی-کان و همکاران نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمره بالایی در دل‌بستگی ناایمن و دوسوگرا دارند و ترکیبی از این دو سبک دل‌بستگی مختص به BPD است (۱۳). کرنبرگ در پژوهشی بر مبنای توصیف BPD بر اساس DSM-5 بیان کرد که BPD یک سازمانی از تجارب درونی است که بر اساس شدت آسیب‌شناسی از خود و روابط موضوعی مشخص می‌شود (۱۴). هاپرچ و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روابط موضوعی بهتر از بدتنظیمی هیجانی، عاطفه منفی و تکانش‌گری، علائم BPD را پیش‌بینی می‌کنند (۱۵).

بر اساس شواهد نظری در خصوص BPD و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. در میان آن‌ها می‌توان به طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال اشاره کرد (۱۶). درمان شناختی-تحلیلی<sup>۱</sup> درمانی فعال است که بر اساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی، روابط موضوعی و روانشناسی شناختی به‌خصوص نظریه سازه‌های فردی کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (۱۷، ۱۸). CAT به‌عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت روان‌شناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بیش‌افزایی دارد و در موقعیت‌های گروهی به‌طور ماهرانه و تقویت انگیزش برای تغییر عمل می‌کند (۱۸، ۱۹). CAT باعث کاهش رفتارهای خودآسیبی و بهبود سازگاری اجتماعی و هیجانی افراد مبتلا به BPD می‌شود (۲۰) و به‌طور بارزی بر کاهش علائم و بهبود سلامت روان افراد مبتلا به BPD مؤثر است (۲۱). در درمان BPD، این درمان بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود (۲۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که CAT باعث تجدیدنظر در حالت‌های مختلف خود در افراد مبتلا به BPD می‌شود؛ همچنین بعد از ۲۰ جلسه شناخت‌درمانی تحلیلی نشانه‌های BPD در بیماران کاهش می‌یابد و بیماران می‌توانند با خشم و ترس‌شان برای مقابله با دنیای واقعی

<sup>1</sup> cognitive-analytical therapy (CAT)

مقابله کنند (۲۳). جی‌مینو و چیگلانا در پژوهشی بیان کردند که CAT مانند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، در درمان BPD یک رویکرد درمانی مؤثر می‌باشد و نیز نشان دادند که CAT و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش علائم مرزی و نیز بهبود عملکرد بین‌فردی مؤثر می‌باشند (۲۴). در تحقیقی نیز با عنوان "CAT و کارکرد ذهنی‌سازی"، نشان دادند که شناخت‌درمانی تحلیلی باعث کاهش معنادار مشکلات بین‌فردی می‌شود، منتهی توانایی ذهنی‌سازی را به‌طور معناداری افزایش نمی‌دهد (۲۵).

درمجموع ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به BPD، شیوع بالا و افزایش میزان خودکشی در این بیماران دلایل مستدلی هستند که بایستی درمان‌های مؤثر برای این اختلال رشد یابند و به‌طور گسترده‌ای در دسترس باشند. از سوی دیگر نتایج پژوهش‌ها، مختل بودن قدرت ایگو و روابط موضوعی را در افراد مبتلا به BPD و نیز اثربخش بودن CAT بر BPD نشان داده‌اند. از این‌رو این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی CAT بر بهبود قدرت‌ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر آزمایشی از نوع تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به BPD مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند ( $N=70$ ). نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به BPD بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش، در وهله اول، و دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج از میان جامعه آماری انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه). با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه در هر زیرگروه بایستی ۱۵ نفر باشد (۲۶)، برای افزایش اعتبار بیرونی ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. اما درنهایت با توجه به اختیاری بودن شرکت در پژوهش و افت آزمودنی‌ها، درنهایت ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به‌عنوان نمونه پژوهش حاضر موردبررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی BPD بر اساس DSM-5 در ارزیابی توسط روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس فرم ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو و تشخیص روان‌پزشکی؛ ۲) به دست آوردن

نمره بالاتر از ( $BR > 84$ ) در سؤالات مربوط به اختلال شخصیت مرزی آزمون میلون؛ ۳) حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۴) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰؛ ۵) نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: ۱) عدم تمایل برای ادامه درمان؛ ۲) ابتلا به اختلالات خلقی؛ ۳) مصرف مواد در طول دوره درمانی.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

### ۱. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات

**محور II (SCID-II):** این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته می‌باشد که فراست و همکاران (۲۷) برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II بر اساس DSM-5 و همچنین اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر تدوین کرده‌اند. برای تشخیص اختلالات شخصیت می‌توان از این آزمون به‌صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای ۱۱۹ پرسش است و در کم‌تر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود، میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. در رابطه با پایایی این آزمون مطالعاتی انجام شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده‌اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود و برای بیماران غیر روان‌پزشکی، توافق بین ارزیابان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد (۲۷). شریفی و همکاران پایایی قابل‌قبول تشخیص‌های داده‌شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند (۲۸).

### ۲. پرسشنامه چندمحوری میلون ۳ (MCMI-III): این

پرسشنامه توسط تئودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است. شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (۲۹). در ایران شریفی و همکاران (۳۰) این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد. همچنین رحمانی و همکاران (۲) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۷ (وابستگی به الکلی) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد.

<sup>2</sup> Millon clinical multiaxial inventory-III

<sup>1</sup> Structured Clinical Interview for DSM-5-axis II personality disorder(SCID-II)

### ۳. پرسشنامه روان‌شناختی قدرت ایگو<sup>۱</sup> (PIES): سیاهه

روان‌شناختی قدرت ایگو توسط مارکستروم و همکاران (۳۱) ساخته شده است. این پرسشنامه هشت نقطه قدرت ایگو که شامل: امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست نمره ۱ نمره‌گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی سؤالات معکوس به‌صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ می‌باشد. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. نمره فرد در این پرسشنامه از حاصل جمع نمره فرد در سؤالات به دست می‌آید. مارکستروم و همکاران (۳۱) روایی صوری، محتوا و سازه این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند و همچنین برای بررسی پایایی آن از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، آن را ۰/۶۸ گزارش کردند. الطافی (۷) نیز آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش پرویز و همکاران (۳۲) به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۴ به دست آمده است.

### ۴. پرسشنامه روابط موضوعی بل<sup>۲</sup> (BORI): پرسشنامه

روابط موضوعی بل و همکاران (۳۳) بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (BORRTI) است. این پرسشنامه هم برای جمعیت بالینی و هم غیربالینی استاندارد شده است و در پژوهش‌های بسیاری در حوزه روابط بین‌فردی و در

تشخیص و پیش‌بینی آسیب‌های روانی به کار رفته است. BORI دارای ۴۵ ماده است که به‌صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود و از طریق چهار خرده مقیاس ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد که این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: بیگانگی، دل‌بستگی نالایمن، خودمیان‌بینی، بی‌کفایتی اجتماعی. نحوه پاسخگویی به پرسشنامه به این نحوه است که بر مبنای راهنمای ارائه‌شده آزمودنی برای هر یک از سؤالات پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می‌کند، برحسب کلید پرسشنامه، گزینه صحیح نمره یک می‌گیرد و برای برخی دیگر گزینه غلط نمره یک می‌گیرد، جمع نمرات سؤالات مربوط به هر خرده مقیاس نمره رد را در هر یک از آن‌ها مشخص می‌سازد (۳۴). بل و همکاران (۳۳) درباره پایایی و روایی این پرسشنامه گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی می‌باشد، از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار می‌باشد و همچنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی، اعتبار هم‌زمان قابل‌قبولی را برای آن برآورد نموده‌اند. در پژوهشی دیگر با استفاده از این ابزار، اختلال شخصیت مرزی را از نظر الگوهای مخرب روابط موضوعی، از دیگر گروه‌ها که شامل بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا بود، متمایز کردند. بررسی مقدماتی روایی و پایایی این پرسشنامه توسط هادی‌نژاد و همکاران (۳۵) صورت گرفته است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دل‌بستگی نالایمن و بیگانگی، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین، همبستگی بین سیاهه ۹۰ سؤالی علائم-فرم بازنگری‌شده (SCL-90-R) و خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (۳۵).

### جدول (۱): محتوای جلسات درمان شناختی- تحلیلی به تفکیک جلسات (برگرفته از پروتکل درمانی CAT ارائه‌شده توسط ریلی و کیر (۲۰))

جلسات	محتوی
جلسه اول	سنجش آغازین، فرمول‌بندی مجدد، تدوین فهرست مشکلات هدف بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار.
جلسه دوم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس جمع‌آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری. شامل: رویداد راه‌انداز، شیوه بین‌فردی، شیوهی شناختی، شیوهی احساسی، دل‌بستگی، مزاج، حکم والدین، دیدگاه نسبت به خود، دیدگاه نسبت به جهان.
جلسه سوم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری.
جلسه چهارم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر انگاره‌های خاص بیمار (ترک‌شدن، معیوب‌بودن و جدایی اجتماعی) و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و درنهایت نوشتن نامه فرمول‌بندی مجدد به بیمار.
جلسه پنجم	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی بر اساس فرمول‌بندی اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی.
جلسه ششم	بازشناسی رخداد‌های آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب‌شناسی و درنهایت فرمول‌بندی ترسیمی.
جلسه هفتم	بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه‌های بیماری.

<sup>2</sup> Bell's object relation inventory

<sup>1</sup> psychosocial inventory of ego-strengths

جلسه هشتم	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی.
جلسه نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار.
جلسه دهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم بیماری و آگاهی از نحوه استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی نظیر ترک‌شدن، معیوب بودن، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی
جلسه یازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی
جلسه دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمان‌جو، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه
جلسه سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی
جلسه چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرح‌واره‌های واقع‌بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی
جلسه پانزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی
جلسه شانزدهم	نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه‌سازی روند درمان بر اساس آنچه کسب شده و هر آنچه هنوز نیازمند تغییر است.

مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده‌ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود.

داده‌ها توسط آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری و در نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش  $38 \pm 5/54$  سال و در گروه کنترل  $40 \pm 6/34$  سال بود. در گروه آزمایش ۴ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر تحصیلات دیپلم و ۴ نفر تحصیلات لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل ۶ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۵ نفر تحصیلات دیپلم و ۴ نفر تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. در گروه آزمایش ۳ نفر بی‌کار، ۱۰ نفر شغل آزاد و ۲ نفر کارمند و در گروه کنترل ۳ نفر بی‌کار، ۹ نفر شغل آزاد و ۳ نفر کارمند بودند. همچنین در گروه آزمایش ۵ نفر مجرد، ۵ نفر متأهل و ۵ نفر متعلقه و در گروه کنترل ۲ نفر مجرد، ۶ نفر متأهل و ۷ نفر متعلقه بودند.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از هماهنگی و کسب کد اخلاق پژوهش (IR.ARUMS.REC.1396.134) از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و همچنین مسئولین بخش روان بیمارستان فاطمی صورت گرفت. از بین افرادی که نمره BR بالاتر از ۸۴ را در آزمون میلون-III گرفتند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5 برای اختلالات محور II (اختلالات شخصیت)، ۳۰ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه گمارش شدند. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به‌صورت انفرادی نمونه‌ی موردنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفتند. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آن‌ها اقدام کنند. در مرحله‌ی بعدی، گروه آزمایشی درمان شناختی-تحلیلی را به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. گروه گواه ملاقات‌هایی با آزمونگر داشت، ولی درمان فعال و مشخصی روی آن‌ها اجرا نشد. با فاصله دو هفته پس از اتمام

### جدول (۲): نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
قدرت ایگو	آزمایش	۱۵	$182/20 \pm 13/69$	$202/40 \pm 11/08$
	کنترل	۱۵	$184/93 \pm 10/80$	$186 \pm 11/43$
روابط موضوعی	آزمایش	۱۵	$21/93 \pm 2/63$	$9/06 \pm 2/68$
	کنترل	۱۵	$22 \pm 3/35$	$23/26 \pm 2/78$

نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در قدرت ایگو و روابط موضوعی نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در قدرت ایگو افزایش و در روابط موضوعی کاهش نشان می‌دهد که در هر دو مورد دلالت بر بهبود قدرت ایگو و روابط موضوعی در افراد دارد ولی در آزمودنی‌های گروه کنترل تغییر چندانی نکرده است.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون- پس‌آزمون نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ( $P > 0.05$ ) برای بررسی همگنی واریانس‌ها از

آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است و نیز برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ( $P = 0.984$ ،  $F = 0.053$ ،  $BOX = 0.172$ ) همچنین با توجه به ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها، مفروضه‌ی خطی بودن روابط بین متغیرهای همپراش یا کمکی (نمرات پیش‌آزمون) محقق شد و نیز از آنجاکه متغیرهای همپراش با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۷ نداشتند، بنابراین مفروضه هم‌خطی چندگانه اجتناب شد. در نهایت همگنی شیب‌خط رگرسیون از طریق بررسی رابطه بین متغیرهای همپراش با متغیر مستقل (گروه) مورد بررسی قرار گرفت (اثر گروه  $\times$  پیش‌آزمون قدرت ایگو  $F = 2.95$ ،  $P = 0.072$ ؛ اثر گروه  $\times$  پیش‌آزمون روابط موضوعی  $F = 1.11$ ،  $P = 0.345$ ) و عدم معناداری نشان‌دهنده همگنی شیب رگرسیون بود.

جدول (۳): نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	DF1	DF2	P
پس‌آزمون قدرت ایگو	۱/۷۵۵	۱	۲۸	۰/۱۹۶
پس‌آزمون روابط موضوعی	۰/۰۲۱	۱	۲۸	۰/۸۸۷

بر اساس نتایج آزمون لوین و عدم معناداری آن برای هر دو متغیر، شرط برابری واریانس بین گروهی رعایت شده است.

جدول (۴): اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) در مرحله پس‌آزمون

موقعیت	آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	P	Eta
عضویت گروهی	اثربخشی	۰/۳۴۸	۶/۱۳۴	۲	۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۴۸
	لامبدای ویلکز	۰/۶۵۲	۶/۱۳۴	۲	۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۴۸
	اثربختینگ	۰/۵۳۳	۶/۱۳۴	۲	۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۴۸
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۰/۵۳۳	۶/۱۳۴	۲	۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۴۸

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه‌های

آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است.

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به میانگین نمرات قدرت ایگو و روابط موضوعی در دو گروه آزمایش و کنترل در

مرحله پس‌آزمون

منبع	متغیر وابسته	DF	MS	F	P	Eta
گروه	قدرت ایگو	۱	۴۷۴/۵۶۷	۸/۳۷۷	۰/۰۰۸	۰/۲۵۹
	روابط موضوعی	۱	۳۵/۹۰۱	۴/۸۳۸	۰/۰۳۸	۰/۱۶۸

همان‌طور که جداول ۵ نشان می‌دهند، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان شناختی- تحلیلی بر قدرت ایگو در مرحله

پس‌آزمون تأثیر معناداری دارد ( $P < 0.08$ ) به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش قدرت ایگو در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل

است. همچنین CAT بر روابط موضوعی در مرحله پس‌آزمون نیز اثر معناداری دارد ( $P < 0/038$ ). بین میانگین نمرات تعدیل‌شده روابط موضوعی در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی یافته‌ها بیانگر بهبود روابط موضوعی در گروه آزمایش نسبت به کنترل است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی CAT بر قدرت‌ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD بود. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده درمان شناختی-تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD تأثیر معناداری داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که CAT بر بهبود قدرت ایگو افراد مبتلا به BPD در گروه آزمایش مؤثر بوده است. پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج هم‌خوانی داشته باشد یافت نشد، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنتاج کرد. رحمانی و همکاران (۲)؛ کیلت و همکاران (۲۱)؛ آرجیوپلوسا و همکاران (۲۳). آرجیوپلوسا و همکاران (۲۳) در پژوهشی نشان دادند که CAT باعث تجدیدنظر در حالت‌های مختلف خود در افراد مبتلا به BPD می‌شود؛ همچنین بعد از ۲۰ جلسه شناخت‌درمانی تحلیلی نشانه‌های BPD در بیماران کاهش می‌یابد و بیماران می‌توانند با خشم و ترس‌شان برای مقابله با دنیای واقعی مقابله کنند. همچنین CAT با تأثیر بر ساختارهای شخصیتی و سبک زندگی مبتلایان به BPD در بهبود بی‌ثباتی هیجانی، هویت و خودپنداره مؤثر بوده است (۲). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که پایین بودن قدرت‌ایگو در افراد مبتلا به BPD باعث استفاده انعطاف‌ناپذیر آن‌ها از مکانیزم‌های دفاعی می‌شود (۸). از طرفی دفاع‌های ایگو در CAT به‌عنوان ویراستار پروسیجرهایی هستند که به‌منظور کاهش تعارض یا اضطراب به قیمت کاهش تجربه خود و واقعیت در نظر گرفته می‌شوند و درمانگر شناختی-تحلیلی از طریق بازشناسی و تجدیدنظر، پروسیجرهای ناکارآمد و غیرمؤثر را اصلاح و تعدیل می‌کند (۳۶) و در نتیجه این درمان باعث افزایش قدرت ایگو در افراد مبتلا به BPD می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که CAT در بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD در گروه آزمایش مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های پیشین ریلی و کیر (۲۰)، دادفر و همکاران (۲۲)، جی‌مینو و چیگلانا (۲۴) و جی‌مینو و چیگلانا (۲۵) همخوان است. در مطالعه‌ی کلارک و همکاران (۳۷) نشان داد که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل و فصل آن‌ها در CAT نقش مؤثری در کاهش علائم بیمارگونه و کاهش درماندگی روان‌شناختی دارد. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که CAT در

درمان BPD بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود. به‌عبارتی این درمان مبتنی بر مدل زنجیره فرایندی ارتباطات موضوعی است که تأکید فراوانی بر سبک ارتباط نقش متقابل اولیه دارد که در اوایل زندگی شکل می‌گیرد و این سبک ارتباطی می‌تواند باعث ساخته‌شدن الگوهای ناسازگارانه‌ی ارتباطی شوند. درمان شناختی-تحلیلی با تمرکز بر فرایند فرمول‌بندی مجدد، باعث تجدیدنظر در ارتباطات موضوعی دوران کودکی می‌شود (۳۶). از این‌رو می‌توان از طریق CAT روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD را بهبود بخشید. درواقع درمان شناختی-تحلیلی به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش طرح‌واره‌های طرد، بی‌اعتمادی، بدرفتاری، محرومیت هیجانی و وابستگی/بی‌کفایتی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند را آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت‌بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌ورزد (۳۸). همه این عوامل در کنار هم باعث بهبود روابط موضوعی در افراد مبتلا به BPD می‌شوند. در تبیینی دیگر می‌توان چنین بیان کرد که روابط موضوعی در CAT به‌عنوان پروسیجرهای نقش‌های متقابل در نظر گرفته می‌شوند، این پروسیجرها در دوران کودکی به‌طور فزونی افزایش می‌یابند، منتها به‌طور غیرقابل اجتنابی با ردهای از مشکل و محدودیت‌های تجربه خاص دوران کودکی همراه هستند. در افراد مبتلا به BPD تنگناها و دوراهی‌ها بیانگر شکست‌ها و ضعف‌ها در یکپارچه‌کردن کامل دامنه‌ای از نقش‌های متقابل مجزا در یک معنی و مفهوم کامل خود و دیگری هستند که سیستم‌های فرعی مجزایی از پروسیجرها یا شخصیت‌های فرعی را به‌طور مداوم دارند که توسط آن‌ها دنیا به‌طور متفاوتی تجربه می‌شود (۲۰). درمان شناختی-تحلیلی با فرمول‌بندی پیچیده به تحلیل این پروسیجرهای نقش‌های متقابل می‌پردازد و با فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره‌وار در طول درمان باعث تجدیدنظر در این پروسیجرهای نقش‌های متقابل شده و روابط موضوعی را در افراد مبتلا به BPD بهبود می‌بخشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌های روبه‌رو بود؛ ازجمله اینکه پژوهش روی افراد مبتلا به BPD بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این‌رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی افراد مبتلا به BPD در شهرهای دیگر انجام پذیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین نمونه مورد مطالعه فقط مردان

## تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم بیمارستان‌های روان‌پزشکی ایثار و فاطمی اردبیل و نیز از کلیه بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانه خود زمینه را برای نیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، قدردانی می‌شود. مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده مسئول در رشته روانشناسی بوده و دارای کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1396.134 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می‌باشد.

مبتلا به BPD بود که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسه این گروه‌ها وجود نداشت. عدم مقایسه این روش درمانی با سایر رویکردهای درمانی محدودیت دیگری در این پژوهش می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در کنار CAT از درمان دیگری هم برای BPD استفاده شود و این دو روش درمان با هم مقایسه شوند تا اثربخشی هر کدام مشخص شود. درمجموع می‌توان گفت که درمان شناختی- تحلیلی راهبردی مناسب برای بهبود قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه‌ی مداخله‌ی مؤثر استفاده کرد.

## References:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 5th ed. Rezaei F, Fakhraee A, Charismatic A, lotus A, Hashemi Azar J, Shamloo F, translators. United States: American Psychiatric Association; 2013. (Persian)
2. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M, Arasteh M. Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2013; 18(3):1-12. (Persian)
3. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan, MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. Psychol Bull 2009; 135(3):495- 510.
4. Nohi S, Hasani J. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and defense mechanisms with borderline personality disorder. J Clin Psychol Andishe va Raftar 2017; 11(43):57-66. (Persian)
5. Sharma R. Ego-strength in relation to adjustment of college-going students. Indian Streams Res J 2012; 2(1):1-4.
6. Preston JD. Integrative treatment for borderline personality disorder: effective, symptom-focused techniques, simplified for private practice. Oakland (CA): New Harbinger publications; 2006.
7. Altafi SH. Study and comparison of ego-strength and personality characteristics of Substance-Dependent and Non-Dependent Individuals. (Dissertation). Tehran: Shahed University; 2010. (Persian)
8. Brody S, Carson CM. Brief report: Self-harm is associated immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. J Adolesc 2014; 35(3): 765-7.
9. Basharpour S, Einy S. Predicting personality disorders based on Zuckerman's alternative five- factor model and ego strength. J Shahrekord Univ Med Sci 2017; 19(5):84-93. (Persian)
10. Huprich SK, Greenberg RP. 2003. Advances in the assessment of object relations in the 1990s. Clin Psychol Rev 2003; 23(5):665-98.
11. Kernberg OF. Identity: Recent findings and clinical implications. Psychoanal Q 2006; 75:969-1004.
12. Cassidy J. Adult romantic attachments: a developmental perspective on individual differences. Rev Gen Psychol 2000; 4(2):111-31.
13. Choi- Kain LW, Fitzmaurice GM, Zanarini MC, Laverdiere O, Gunderson JG. The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline



- personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197(11): 816-21.
14. Kernberg OF. Borderline (patient) personality. *Int Encycl Soc Behav Sci* (2nd Edition) 2015; 755-59.
  15. Huprich SK, Nelson SM, Lenqu K, Albright J. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *J Pers Disord* 2017; 8(1):46-53.
  16. Dimeff LA, Koerner K. *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guildford press; 2007.
  17. Hepple J. Cognitive analytic therapy in a group: reflections on a dialogic approach. *Br J Psychother* 2012; 28(4):474-95.
  18. Kellett S. Cognitive analytic therapy. In Feltham C. & Horton I. 2012 the SAGE. *Handbook of counselling and psychotherapy*. Sage; 2012.P. 343-50.
  19. Marriott M, Kellett S. Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centered and cognitive-behavioural therapies. *J Psychol Psychother* 2009; 82(1):57-72.
  20. Ryle A, Kerr IB. *Introducing cognitive analytic therapy*. John Wiley & Sons Ltd. Sharma, R. 2012. Ego-strength in relation to adjustment of college-going students. *Indian Streams Res J* 2011; 2(1):1-4.
  21. Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20(3):216-25.
  22. Dadfar M, Gharraee B, Nouri Ghasemabadi R, Kolivand PH. Metacognitive therapy (MCT) of obsessive-compulsive disorder and practical guide of metacognitive therapy (MCT) for the patients. 1st ed. Tehran: Mirmah publications; 2013. (Persian)
  23. Argryopoulos K, Vlachos I. Cognitive analytic therapy (CAT) in borderline personality disorder – a case report. *Eur Psychiatry* 2015; 30(1):28-31.
  24. Gimeno E, Chiclana C. Borderline personality disorder in adolescence. Prevention and early intervention from a cognitive analytic approach. *Eur Psychiatry* 2016; 33: S505.
  25. Gimeno E, Chiclana C. Cognitive analytic therapy and mentalizing function. *Eur Psychiatry* 2017; 41: S776.
  26. Delavar A. *Theoretical and practical research in the humanities and social sciences*. Teharn: Roshd Press; 2011.
  27. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (clinician version) SCID-I administration booklet*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
  28. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of implementing the Persian version of diagnostic structured interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Sci* 2004; 1-2(6):10-22. (Persian)
  29. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of Millon clinical multi-axial inventory-III. *J Manag Sys* 2013; 8(29):135-62. (Persian)
  30. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. The validity of MCMI-III (Millon) scales. *J Manag Sys* 2008; 34:27-38. (Persian)
  31. Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. *The psychosocial inventory of ego strengths*:

- development and validation of a new Eriksonian measure. *J Youth Adolesc* 1997; 26(6):705-32.
32. Parviz K, Aghamouhamadian Sharbaf H, Ghanbarihasemabadi B, Dehghani M. The relationship between ego strength and metacognition among male and female students. *Sci J Educ Strateg Med Sci* 2016; 9(2):118-26. (Persian)
33. Bell M, Billington R, Becker B. A Scale for the as assessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. *J Clin Psychol* 1986; 42(5):733-41.
34. Bell Md. Bell object relations and reality testing inventory: Borrti: Western Psychological Services; 2007.
35. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. A preliminary study for validity and reliability of Bell object relations and reality testing inventory. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2014; 20(2):162-9. (Persian)
36. Ryle A. Investigating the phenomenology of borderline personality disorder with the States Description procedure: Clinical implications. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14:329-41.
37. Clarke S, Thomas P, James K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013; 202:129-34.
38. Zanarini MC, Weingeroff JL., Frankenburg FR. Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2009; 23(2):113-21.

## EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-ANALYTICAL THERAPY ON EGO-STRENGTH AND OBJECT RELATIONS OF PERSONS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Sanaz Einy<sup>1</sup>, Mohammad Narimani<sup>1\*</sup>, Aakbar Atadokht<sup>2</sup>, Sajjad Basharpour<sup>4</sup>, Fariba Sadeghi Movahhed<sup>5</sup>

Received: 24 Nov, 2017; Accepted: 29 Feb, 2018

### Abstract

**Background & Aims:** Ego-strength and object relations are key concepts in the psychoanalytic approach which are important in the etiology of borderline personality disorder. Therefore, the present study was conducted with the aim of evaluating the effectiveness of cognitive-analytical therapy on ego-strength and object relations of persons with borderline personality disorder.

**Materials & Methods:** This research was a semi-experimental and pretest- posttest design with the control group. The statistical population of this study consisted of all men (N=70) with borderline personality disorder admitted to Isar Psychiatric Hospital and psychiatry section of Fatemi Hospital in 2017 in Ardabil city. The research sample consisted of 30 men with borderline personality disorder selected by convenience sampling and were randomly divided into experimental and control groups. Data collection tools in this study included structured clinical interviews for diagnosis of axis II disorders, Millon clinical multi-axial inventory, psychological inventory ego strength and Bell Object Relations Scale. Pretest and posttest were performed from both groups. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance analysis and in SPSS 23 statistical software.

**Results:** The results showed that there was a significant difference between the mean posttest scores of both groups in both ego-strength and object relations variables ( $p < 0/05$ ).

**Conclusion:** Cognitive-analytical therapy is a suitable strategy for improving the ego-strength and object relationships of persons with borderline personality disorder and can be used as an effective intervention method.

**Keywords:** Borderline personality disorder, Cognitive-analytical therapy, Ego-strength, Object relations

**Address:** Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran

**Tel:** +989144551284

**Email:** m\_narimani1341@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2018; 29(1): 11 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> PhD Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Neurology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran